

Chile 2001-2002. Impactos y Desafíos de las Crisis Internacionales



Libros FLACSO-Chile

Chile 2001-2002 Impactos y Desafíos de las Crisis Internacionales

Las opiniones que se presentan en este trabajo, así como los análisis e interpretaciones que en él se contienen, son de responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de FLACSO ni de las instituciones a las cuales se encuentra vinculado.

Esta publicación es uno de los resultados de las actividades desarrolladas, en el ámbito de la investigación y la difusión, por FLACSO-Chile. Estas actividades se realizan con el apoyo de diversas fundaciones, organismos internacionales, agencias de cooperación y gobierno de la región y fuera de ella. Especial mención debemos hacer al apoyo de las fundaciones The William and Flora Hewlett Foundation y Fundación Ford.

Ninguna parte de este libro/documento, incluido el diseño de portada, puede ser reproducida, transmitida o almacenada de manera alguna ni por algún medio, ya sea electrónico, mecánico, químico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin autorización de FLACSO.

327	FLACSO-Chile
F572	Chile 2001-2002. Impactos y desafíos de las crisis internacionales. Santiago, Chile: FLACSO-Chile, 2002. 324 p. Serie Libros FLACSO ISBN: 956-205-172-2

TERRORISMO / INTEGRACION ECONOMICA / RELACIONES INTERNACIONALES / DERECHOS HUMANOS / GOBIERNO / PARTIDOS POLITICOS / ELECCIONES / DISTRIBUCION DEL INGRESO / CIUDADANIA / TECNOLOGIA DE INFORMACION / REFORMA DE LA SALUD / INMIGRACION / MAPUCHES / FAMILIA / MUJERES / CHILE

Inscripción N°128.168. Prohibida su reproducción.

© 2002, FLACSO-Chile
Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura.
Teléfonos: (562) 290 0200 Fax: (562) 290 0263
Casilla Electrónica: flacso@flacso.cl
FLACSO-Chile en Internet: <http://www.flacso.cl>

Producción editorial: Carolina Stefoni, Marcela Zamorano, FLACSO-Chile
Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile
Diseño de portada: A•Dos Diseñadores
Impresión: Imprenta MAVAL Ltda. Fono: 944 3550

INDICE

Presentación	5
--------------------	---

I. CHILE Y LAS AMERICAS

El terrorismo global y América Latina. Una mirada desde Chile <i>Francisco Rojas Aravena</i>	11
---	----

Las complejidades de los apoyos a la democracia en América Latina <i>Marta Lagos</i>	33
---	----

Los acuerdos de integración económica en América Latina y el Caribe: las negociaciones hemisféricas y extra-hemisféricas <i>Arturo O'Connell</i>	47
--	----

Evolución de la agenda entre Bolivia, Chile y Perú: una lectura desde Chile <i>Hernán Gutiérrez B. y Paz Milet</i>	73
--	----

Argentina 2001: el año que vivimos en peligro <i>Cristian Fuentes</i>	89
--	----

II. POLITICA Y DERECHOS HUMANOS

Los desafíos de un proyecto de país <i>Manuel Antonio Garretón M.</i>	103
--	-----

Mayoría electoral versus triunfo electoral <i>Patricio Navia</i>	127
---	-----

Derechos humanos y "paz social": <i>Elizabeth Lira y Brian Loveman</i>	149
---	-----

III. ECONOMIA Y DEMOCRACIA

La economía chilena puesta a prueba <i>Oscar Muñoz Gomá</i>	175
Distribución del ingreso y pobreza en Chile <i>Ricardo Ffrench-Davis</i>	197
Gobierno electrónico y ciudadanía <i>Rodrigo Araya y Claudio Orrego</i>	213

IV. TRANSFORMACIONES CULTURALES Y CIUDADANIA

Equidad, género y reforma de salud en Chile. Voces y propuestas de la sociedad civil <i>José Olavarría</i>	233
Inmigración en Chile. Nuevos desafíos <i>Carolina Stefoni E.</i>	241
Expandir el concepto de la ciudadanía de las mujeres: la visión de pueblo y la representación de las mujeres mapuche en el SERNAM <i>Patricia Richards</i>	267
Conciliación familia y trabajo: una mirada de género a las condiciones estructurantes <i>Catalina Céspedes Rahal</i>	299

IV. TRANSFORMACIONES CULTURALES Y CIUDADANIA

EQUIDAD, GENERO Y REFORMA DE SALUD EN CHILE. VOCES Y PROPUESTAS DE LA SOCIEDAD CIVIL*

José Olavarria**

I. INTRODUCCION

Durante el año 2001, en el contexto del Proyecto "Equidad, género y reforma de salud en Chile" de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se realizó una amplia discusión en organizaciones y grupos de la sociedad civil acerca de la transversalización de la perspectiva de género en las políticas de reforma de salud. En estas jornadas representantes del Ministerio de Salud y del SERNAM debatieron acerca de las directrices y las principales propuestas que serían parte de la reforma. Se sometió a discusión, asimismo, una serie de documentos temáticos elaborados por consultoras internacionales y especialistas de instituciones académicas y ONG's que incorporaron las conclusiones de los debates. Fruto de este trabajo colectivo es el dossier de siete cuadernos que se redactó para las actividades de abogacía. Son los trabajos de: Gálvez, Thelma y María Isabel Matamala (2002) "La economía de la salud y el género en la reforma de salud"; Ramírez, Apolonia (2002) "Género y sistema Isapre"; Larraín, Soledad (2002) "Participación ciudadana y salud"; Matamala, María Isabel (2002) "Género, salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el contexto de la reforma"; Palma, Irma (2002) "Salud, derechos sexuales y reproductivos de adolescentes en el contexto de la reforma de salud en Chile"; Díaz, Ximena y Julia Medel (2002) "Salud, género y trabajo: una relación difícil", y Calvin, María Eugenia (2002) "Género, salud mental y violencia".

Los cuadernos que integran el dossier son muy complementarios entre sí y demuestran una reflexión colectiva sobre las cuestiones tratadas, lo que le da especial relevancia a los documentos. En el conjunto de elementos, de la rica

* Comentario realizado en el Taller Internacional "Género y salud sexual y reproductiva en las reformas de salud de América Latina y Chile", organizado por OPS/OMS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, SERNAM, Ministerio de Salud y CEPAL, 29 y 30 de abril del 2002. Santiago de Chile,

** Profesor Investigador FLACSO, sociólogo doctorando en ciencias sociales Universidad de Buenos Aires con apoyo de Progresar. Este comentario se ha hecho en el contexto del proyecto N° 1010041 del Fondo de Investigación Científica y Tecnológica del CONICYT y del proyecto institucional Ford - FLACSO.

gama de aspectos tratados, me parecen de especial interés los siguientes: primero, el asociar la salud/enfermedad de la población a los procesos macrosociales en los que ésta está inserta. El quiebre del equilibrio salud/enfermedad en las personas no sólo es una cuestión que corresponde al propio cuerpo, por el contrario, se da un universo de relaciones sociales, culturales y económicas de la que formamos parte y donde identidades y relaciones de género están profundamente presentes. Segundo, se señala que los procesos de globalización y los cambios en los ordenamientos macrosociales de nuestro país han tenido efectos sobre la salud/enfermedad de las personas, dando origen a nuevos perfiles epidemiológicos o profundizando otros. Tercero, se indica cómo los procesos anteriores han visibilizado la economía de la salud, dejando en evidencia el quiebre de la complementariedad que ha existido entre la producción doméstica y la de las instituciones. Y, finalmente, se plantean orientaciones a tener presentes en la reforma de salud, desde una perspectiva de género.

II. PROCESOS MACRO SOCIALES QUE CONTEXTUALIZAN LA REFORMA A LA SALUD EN LA REGION

La reforma a la salud se da en un contexto que va más allá del sistema de salud propiamente tal, de la calidad de vida de las personas en particular y de los episodios que afecten su equilibrio salud enfermedad. Está inmersa en procesos que tienen su origen tanto en la globalización como en las políticas macroeconómicas y sociales en el país, que se expresan en:

- Cambios en la economía y en la organización del trabajo: con profundos efectos sobre el trabajo de las mujeres: Mujeres en el trabajo productivo y en el reproductivo, con la doble jornada de trabajo (Ximena Díaz y Julia Medel).
- Cambios en la intimidad y en la vida familiar. Como la separación de la sexualidad de la reproducción. Cambios en los comportamientos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres, adultos y adolescentes. Búsqueda de relaciones más horizontales, de mayor intimidad (María Isabel Matamala, Irma Palma, María Eugenia Calvin).
- Reconocimiento de las personas como sujetos de derecho y ciudadanos que deben ejercer su ciudadanía; ratificada en convenciones sobre derechos de las mujeres, los niños, los discapacitados, los grupos étnicos originarios (Soledad Larraín).

- Cuestionamiento de las identidades y relaciones de género a partir de la agenda del feminismo y del movimiento de mujeres, que plantea relaciones de justicia y equidad entre hombres y mujeres.

III. EFECTOS DE LOS PROCESOS SOBRE LA SALUD DE LAS PERSONAS

En las últimas décadas los procesos mencionados han dado origen o han profundizado un conjunto de quiebres en el equilibrio salud/enfermedad que se expresa en dolencias, enfermedades y muertes, dando origen a perfiles epidemiológicos diferentes a los establecidos hasta la década de los setenta, de los cuales aún se conoce relativamente poco, fundamentalmente por falta de registros que consideren las nuevas realidades y que sean homologables entre sí, así como por la escasa investigación sobre ello.

Los trabajos presentados nos informan sobre cómo los cambios en los comportamientos sexuales y reproductivos, tanto de hombres como mujeres, llevan a visibilizar quiebres en la salud de las personas, los que adquiere especial significación en los últimos años (María Isabel Matamala e Irma Palma).

Se destacan los relacionados con el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, entre ellos:

- La violencia sexual.
- Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), con mayor presencia entre las mujeres.
- El VIH/SIDA.
- Las consecuencias de la sexualidad en adolescentes hombres y mujeres; especialmente en la población más pobres con embarazos no deseados, maternidad de adolescentes de madre/padre solteros, abortos.
- La mortalidad materna, pese que las tasas han bajado, no son comparables aún a los de países con mejor calidad de vida. Las muertes y complicaciones por abortos mal hechos siguen siendo numerosos.
- El cáncer en aparato reproductivo.
- La menopausia y climaterio, toda vez que se ha alargado la vida de las mujeres.

A su vez, la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo ha dado origen a enfermedades de las mujeres que trabajan en actividades

productivas remuneradas y actividades reproductivas, de las cuales poco aún se conoce (Ximena Díaz y Julia Medel). Los quiebres en la salud que se destacan son:

- Los trastornos a la salud mental.
- Las enfermedades físicas: por condiciones de trabajo, especialmente musculares y de la estructura y funcionamiento óseo.
- Los trastornos en la salud reproductiva, por exposición a factores de riesgo físicos, biológicos y/o químicos.

Los procesos globales y locales antes mencionados han tenido, asimismo, consecuencias en la salud mental de las personas (María Eugenia Calvin):

- Trastorno hiperquinéticos en niños, especialmente varones.
- Violencia doméstica.
- Represión política.
- Estrés y depresiones, especialmente entre las mujeres, y
- abusos y dependencia al alcohol y otras drogas preferentemente entre los hombres.

Se podría agregar a los anteriores quiebres de la salud de las personas, los efectos sobre la salud debido a los comportamientos juveniles de varones, que asociados a las identidades de género, podrían explicar las altas tasas de suicidios, los traumatismos, accidentes del tránsito, y heridas y muertes, como consecuencia de violencia entre hombres.

IV. LA VISIBILIZACION DE LA ECONOMIA DE LA SALUD

Lo anterior ha hecho necesario visibilizar las bases de la economía de la salud para entender la crisis a que se ven enfrentados tanto las familias como el sistema institucional de salud (Thelma Gálvez y María Isabel Matamala). La producción de salud ha tenido su origen y ha estado sustentada tanto en el sistema de producción doméstica como en el sistema de producción institucional

Por un lado, la producción doméstica bajo la responsabilidad y actividad preferente de las mujeres, que había permanecido oculta como consecuencia del orden de género, comienza a cuestionarse. Esta producción, que ha sido el sustento de la promoción, prevención y en gran medida de la atención de la salud de la población, ha estado basada en:

- En el trabajo no remunerado de las mujeres, tanto de la prevención, promoción como de los cuidados de los familiares.
- En la invisibilización de su aporte e importancia para la salud de la personas.
- En no considerarlo un trabajo productivo, sin valor económico y, por tanto, no integrado a las cuentas nacionales.

En las últimas décadas este sistema de producción entre en crisis, porque una de las bases en los que se estableció sufrió cambios de magnitud con la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo. Interfiriendo el cuidado de la salud con el trabajo remunerado.

Por otro, la producción institucional, a través de los subsistemas público y privado, donde el trabajo es realizado y sostenido en una gran proporción por mujeres (Thelma Gálvez y María Isabel Matamala).

Es así como se señala que en la producción institucional conviven dos lógicas opuestas: la del subsistemat público, basado en la solidaridad y la seguridad social, y la del privado basado en los seguros de salud y los criterios de riesgo y lucro. Donde ambos subsistemas compiten de manera desigual (Apolonia Ramírez).

Por su misma lógica, el subsistema privado discrimina por sexo (especialmente a las mujeres en edad fértil), por edad, y por el tipo de prestaciones, y deja en evidencia los criterios de género que lo orientan desde su creación, hace veinte años.

Es así como el subsistema privado traspasa al sector público aquella población de mayor riesgo y donde el objetivo de lucro no se logra y, como consecuencia, los seguros de salud están orientados fundamentalmente a segmentos de la población con ingresos altos, varones jóvenes y personas que no requieran prestaciones de alto costo.

Pese a la disminución de la cobertura, beneficiarios y número de afiliados, el subsistema privado sigue dando altas utilidades, luego de la baja de los años anteriores, aunque es un secreto a voces que de no haber cambios en el sistema institucional global, tenderá a decrecer en los próximos años y dejaría de ser una industria atractiva para los inversionistas.

V. ORIENTACIONES A TENER PRESENTES EN LA REFORMA A LA SALUD

Se señalará sólo tres, del conjunto mencionado en el dossier:

1. Naturaleza del objeto de intervención

La reforma debería dar cuenta de la naturaleza particular del objeto de su intervención. Dicha intervención involucra: aspectos de la subjetividad de las personas y sus prácticas; de sus familias; de la conciliación entre trabajo y vida personal y familiar; de otras prestaciones sociales como educación, transporte, urbanización, medio ambiente relacionadas con la salud; así como de las instituciones y de las políticas macro sociales y económicas que son coadyuvantes de la producción de la salud. En este sentido la perspectiva de género permite a la reforma de salud disponer de una serie de recursos conceptuales que posibilitan la equidad en su formulación e implementación.

No es posible pensar en una reforma a la salud que no considere la íntima relación que hay entre la producción doméstica y la producción institucional. El orden de la salud pública y privada que dominó durante gran parte del siglo pasado y que hacía complementarios a ambos sistemas, ha entrado en crisis. Es así, que en relación a la producción doméstica, es básico cuantificar al trabajo doméstico en salud y establecer la magnitud de su aporte, tanto en el tipo de prestaciones en la prevención, promoción y cuidado, como en la valoración en dinero de éstas. La visibilidad de la producción doméstica permitirá establecer la profundidad y magnitud de su aporte y las consecuencias que tiene en la actualidad y tendrá en el futuro para la calidad de vida de las personas.

En relación a la producción institucional, se debería precisar la relación que se establecerá entre los subsistemas público y privado con la Reforma. No es posible políticas públicas que permitan la discriminación a la población sea por sexo, etapa del ciclo de vida, etnia, tipo de dolencias/enfermedad, entre otras.

La reforma debería estar basada en la interinstitucionalidad. No es concebible una reforma en la que sólo participe el Ministerio de Salud articulando la producción institucional público y privada, también deben estar presentes el SERNAM y los Ministerios de Educación, Trabajo, Justicia, Hacienda, Vivienda, por señalar algunos.

La reforma debería capacitar al personal de salud en estas nuevas miradas, proporcionándoles herramientas que les permitan una mejor comprensión de los procesos que están asociados al quiebre de la salud enfermedad de personas y grupos y que deberían considerarse en las estrategias de abordaje tanto en diagnósticos, intervenciones como en propuestas de políticas, en los diversos niveles.

La reforma debería valorar, asimismo, el aporte que hacen las mujeres en la sustentación de la producción institucional de salud.

2. Participación ciudadana y derechos de las personas

No es posible una reforma al sistema institucional sin participación ciudadana, especialmente de los sectores que no tienen recursos para hacerse escuchar.

Ello significa que reconoce a las personas como sujetos de derechos, cualquiera sea su edad, sexo, preferencia sexual, etnia, condición económica, capacidad o discapacidad, y a las organizaciones sociales como intermediarias y representantes de sectores de personas que también los tienen. Entre los derechos a ser incluidos están:

- El derecho a la salud.
- Derecho a participar en la definición del rol del estado en la salud de la población.
- Derecho a participar en la definición de los principales problemas de salud que deben ser enfrentados por el estado a través de políticas públicas y recursos públicos, teniendo como base información suficientes sobre los perfiles epidemiológicos de la población, desagregados por sexo, edad, origen étnico, condición económica, discapacidad y otros criterios que se estime necesarios.
- Derecho a emitir opiniones y a ser escuchados.
- Derecho a recibir y entregar información.
- Derecho a ejecutar acciones, estableciendo nexos entre las instituciones y la comunidad.
- Derecho a ejercer control sobre el desempeño y calidad de la atención del sistema institucional, a través de la creación y fortalecimiento de redes sociales.

En el espacio de la sexualidad y la reproducción especial importancia tiene el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos que están presentes en el proyecto de la Ley marco que está actualmente en el Parlamento.

3. Nuevos perfiles epidemiológicos

En relación a la producción institucional, se hace imprescindible conocer los nuevos perfiles epidemiológicos como consecuencia de los procesos descritos, a partir de las identidades y relaciones de género, etnia, etapa del ciclo de vida, condición económica, entre otras. No es posible seguir pensando, como ya quedó demostrado desde fines de los setenta y comienzo de los ochenta que los criterios biomédicos eran suficientes para comprender las nuevas realidades. Es necesario hacer visibles los nuevos perfiles y su asociación con la heterogeneidad de la población.

Es fundamental establecer registros y estadísticas sistemáticas, por ejemplo de las enfermedades profesionales, por sexo y ocupación, pese a la carencia de contratos en una proporción importante, especialmente de mujeres.

Las prestaciones que se cubran, por tanto deberían corresponde a los quiebres de la salud que emerjan de estos perfiles. Asimismo, en la implementación de las prestaciones y estrategias de abordaje es necesario superar los criterios conductistas que muchas veces suponen que basta con estar informado para modificar comportamientos. Sobran los ejemplos, es el caso del SIDA, embarazo de adolescentes, accidentes del tránsito, por mencionar algunos.

VI. PARA FINALIZAR

Es por todo lo anterior que invito a todas y todos a leer el dossier, utilizarlo y difundirlo, porque es un instrumento valioso en el logro de una reforma a la salud que permita equidad, calidad y amplitud en las respuesta a las necesidades de salud de las personas, y que esté acorde con los tiempos.